UNIVERSITÉ DE PARIS-VII
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

No 115

Année 1972

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Jean-Louis FELIPE
Né le 10 Mai 1944 à Albi (Tarn)

Présentée et soutenue publiquement le

L'HOPITAL POUR MALADES CHRONIQUES

Président de Thèse : Monsieur Henri PEQUIGNOT (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI^e^
1972

UNIVERSITÉ DE PARIS-VII

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

Année 1972 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Jean-Louis FELIPE
Né le 10 Mai 1944 à Albi (Tarn)

Présentée et soutenue publiquement le

L'HOPITAL POUR MALADES CHRONIQUES

Président de Thèse : Monsieur Henri PEQUIGNOT (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°
1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A celle que j'attendais,

ma FEMME ....

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543517_0044

En hommage à ma MERE

En reconnaissance à mon PERE

A mes BEAUX-PARENTS

A ma FAMILLE

A ma BELLE-FAMILLE

A mes AMIS

A Monsieur le Professeur H. PEQUIGNOT

Médecin-Chef de Service à l'Hôpital Cochin

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse,

Nous le remercions de ses judicieux conseils et de son aide efficace.

Au Docteur P. MARSALEIX

Médecin-Chef de Service à l'Hôpital Charles Richet

Qui nous autorisa de bonne grâce à
étudier les activités de son service

Nous lui sommes très reconnaissant
d'avoir su nous intéresser à la
gériatrie

Ma gratitude envers

Madame GENTILHOMME

Chef du Service des Admissions et des frais de séjour à l'Hôpital Charles Richet

Madame COURTEAUX

Archiviste de l'hôpital

Madame HIRSOUT

Secrétaire médicale

Mesdames BISMUTH, GALLANTE, LOLLIEROU

Assistantes sociales

Le Docteur C. ABRAMOWITZ

Pharmacien de l'hôpital

Le Docteur Pierre-Louis FAURE

mon ami

A Messieurs et Mesdames les membres du service du Docteur MARSALEIX

A mes collègues de l'Hôpital

L'HOPITAL POUR MALADES CHRONIQUES

-:-

P L A N

CHAPITRE I - L'HOPITAL CHARLES RICHET

- La construction
- But de cette construction

CHAPITRE II - LA PLACE DE L'HOPITAL POUR MALADES CHRONIQUES DANS L'HOSPITALISATION

- Introduction
- Etude générale concernant l'hospitalisation au cours de l'année 1970

A. Adresse du malade
B. Age et sexe des malades
C. Origine géographique
D. Durée de séjour
E. Pathologie du sujet âgé
F. Modes et circonstances de sortie - Décès :
1°/ Sortie et durée de séjour
2°/ Sortie et âge des malades
3°/ Bilan des années 1969, 1970, 1971
4°/ Assistance sociale
5°/ Enquête sur les malades sortis du service
6°/ Décès

G. Les examens complémentaires

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

C H A P I T R E I

L'HOPITAL CHARLES RICHET

L'Hôpital Charles Richet, conçu pour malades chroniques, a été mis en service par l'Administration Générale de l'Assistance Publique à Paris, sur le territoire de la commune de Villiers-le-Bel (Val d'Oise).

Cet établissement fut inuaguré le 25 novembre 1965. Son financement a été assuré par des subventions du Ministère de la Santé Publique, de la Sécurité Sociale, du Département de la Seine, de la Ville de Paris, du District de la Région Parisienne et un prêt consenti à l'Assistance Publique par la Caisse des Dépôts et Consignations, garanti par la Ville de Paris.

LA CONSTRUCTION

SERVICES GENERAUX.

Ils sont regroupés autour d'une cour avec une entrée distincte dans un bâtiment à rez-de-chaussée. Ils comprennent la cuisine, la lingerie et le caveau à linge sale. Le bâtiment des services techniques abrite la chaufferie, l'incinération, la désinfection, le groupe électrogène de secours, la cabine électrique et les ateliers. Les magasins, les réserves et les vestiaires sont répartis dans les sous-sols.

HOSPITALISATION.

L'hospitalisation est divisée en six services de 132 lits chacun. Chaque service est de plein-pied et occupe l'un des niveaux de l'un ou l'autre bâtiment d'hospitalisation. Il y a quatre unités de soins de 33 lits chacune, dont cinq lits en chambres individuelles, par service. L'un des deux bâtiments abrite un local réservé aux cultes.

BLOC CENTRAL.

Il est placé dans un bâtiment à rez-de-chaussée où logent la pharmacie, les laboratoires, les consultations, le service de radio-diagnostic et les locaux de rééducation.

BATIMENTS DIVERS.

Logements de fonction, salle de garde, amphithéâtre des morts sont répartis dans le parc, qui comprend également une crèche-garderie.

BUT DE CETTE CONSTRUCTION

La vocation d'un établissement comme celui de Villiers-le-Bel est d'accueillir des malades dits chroniques, c'est-à-dire des malades qui ont encore besoin de soins. Ils viennent, pour la quasi-totalité, des hôpitaux pour aigus. Dans l'esprit du projet, on a construit un établissement, qui n'est ni un hôpital pour malades aigus, ni une maison de retraite, mais qui procède à la fois de l'un et de l'autre.

De l'un, parce que, comme nous l'avons dit, il accueille des malades qui ont encore besoin de soins et qui ne sont pas à l'abri de

complications - d'autant que, nous nous efforcerons de le démontrer - ils présentent souvent une polypathologie. De l'autre également, puisque l'hôpital Charles Richet peut offrir à ces malades un environnement de calme et de verdure leur permettant d'effectuer un séjour aussi agréable que possible - à condition toutefois que l'indication de leur transfert dans un établissement de ce genre ait été bonne.

-:-

C H A P I T R E I I

LA PLACE DE L'HOPITAL POUR MALADES CHRONIQUES DANS L ' H O S P I T A L I S A T I O N

Dans cette perspective, le but de cette étude est de tenter de montrer le rôle joué actuellement par l'hôpital pour chroniques dans l'hospitalisation. Nous souhaiterions donner une idée du devenir du malade à partir du moment où il a été décidé qu'il serait transféré dans un service dit de chroniques.

Pour cela, nous avons choisi - arbitrairement sans doute - de prendre l'année 1970 comme référence. Notre travail a porté sur 265 dossiers d'entrants, cette année-là, dans un des services de l'Hôpital Charles Richet, celui du Docteur Paul MARSALEIX, Chef de Service. Le nombre réel des entrées est en fait de 302 malades ; nous avons compté sept dossiers perdus ; la différence résulte des doubles ou triples admissions pour un même sujet au cours d'une même année. Le service en question comprend six ailes de 33 lits chacune, dont deux sont réservées aux malades de sexe masculin. Il est essentiellement un service de médecine générale, sans orientation médicale particulière.

Notre travail a donc consisté en une analyse de ces dossiers, selon des critères que nous définirons plus loin. Nous aurons l'occasion d'exposer les résultats d'une enquête faite en 1972 au sujet des malades entrés dans le service en 1970 et qui l'ont quitté, au bout

de leur séjour, les uns pour leur domicile, les autres pour une maison de retraite.

Nous nous permettons également de nous rapporter au travail fait par le Docteur Pierre-Louis FAURE concernant les activités en 1972 du même service du Docteur MARSALEIX. Son étude a plus particulièrement porté sur des "instantanés", qui ont pour objet de décrire la vie d'un service de chroniques et les problèmes qui peuvent en résulter. Nous remercions ici notre collègue et ami d'avoir ainsi collaboré à notre étude.

ETUDE GENERALE CONCERNANT L'HOSPITALISATION AU COURS DE L'ANNEE 1970

Nous avons choisi l'année 1970, durant laquelle le service a accueilli 302 malades. Le nombre de dossiers consultés est de 265, ce qui s'explique - comme nous l'avons dit - d'une part, par l'existence de plusieurs admissions pour un même malade au cours de cette année-là (transferts dans un autre hôpital notamment) d'autre part par le fait que sept dossiers ont été égarés, ce qui représente 2,3 % du total.

Les critères retenus sont les suivants :

1°/ Adresse du malade ;

2°/ Son âge et son sexe ;

3°/ Son origine géographique ;

4°/ Mode d'entrée dans le service ;

5°/ La durée de séjour ;

6°/ Motif allégué à son admission ;

7°/ Nombre de diagnostics par malade ;

8°/ Mode de sortie ;

9°/ Circonstances de sortie ;

10°/ L'existence ou non des complications ;

11°/ Décès ;

12°/ Examens complémentaires demandés.

A - ADRESSE DU MALADE

En ce qui concerne Paris, nous avons constaté que, sur 265 dossiers, 33 malades habitaient dans le XVIIIe arrondissement (12,45 %), 28 malades habitaient dans le Xe (10,56 %). Nous trouvons ensuite les XVIIe, XIXe et IXe arrondissements.

En ce qui concerne la banlieue, c'est du département 92 (Hauts de Seine) que vient le plus grand nombre de malades, c'est-à-dire 45 (soit 16,98 %). 28 patients seulement sont domiciliés dans le département 93 (Seine-St-Denis). Il est intéressant de noter que 7 malades seulement habitaient dans le Val d'Oise (2,64 %), département où est implanté l'hôpital Charles Richet.

Nous avons trouvé 2 malades domiciliés en province, un malade à l'étranger (Egypte), 7 malades sans domicile fixe.

A D R E S S E S

P A R I S sur 265 malades

Arrondts	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX
Nombre de malades	0	1	3	0	1	1	1	1	17	28	9	4	4	7	6	1	21	33	20	8
Pourcentages %											10,56						7,94	12,45		

B A N L I E U E

P R O V I N C E

Départements	78 Yvelines	91 Essonne	92 Hauts-de-Seine	93 Seine-St-Denis	94 Val-de-Marne	95 Val d'Oise	31 Haute-Garonne	60 Oise
Nombre de malades	2	3	45	28	4	7	1	1
Pourcentages %			16,98 %	10,56 %		2,64 %		

ETRANGER : 1 malade (Egyptien)

Sans domicile fixe : 7 malades = 2,64 %

A G E (265 malades)

Tranches d'âge	Nombre de malades de sexe masculin	Nombre de malades de sexe féminin
30 - 39 ans	4	2
40 - 49 ans	7	5
50 - 59 ans	11	8
60 - 69 ans	25	22
70 - 79 ans	28 → 10,56 %	56
80 - 89 ans	14	65 → 24,52 %
90 - 99 ans	5	13
100 ans	0	0
	94 hommes : 35,48 %	171 femmes : 64,52 %

A G E (265 malades)

Tranches d'âge	Nombre de malades de sexe masculin	Nombre de malades de sexe féminin
30 - 59 ans	22	15
60 - 69 ans	25	22
70 ans et plus	47	134
	94 hommes : 35,48 %	171 femmes : 64,52 %

NOUS N'AVONS PAS OBSERVE DE MALADES

AU-DESSOUS DE 30 ANS

B - AGE ET SEXE DES MALADES

Au cours de l'année choisie, ont été hospitalisés 171 femmes (64,52 %) et 94 hommes (35,48 %), en considérant toujours les 265 dossiers correspondant à notre étude. Nous trouvons 28 hommes hospitalisés, dans la tranche allant de 70 à 79 ans, 25 dans la tranche au-dessus (60 à 69 ans). Par contre, 65 femmes sont âgées de 80 à 89 ans à leur admission ; 56 dans la tranche de 70 à 79 ans.

On admet donc plus de femmes que d'hommes et ces derniers sont plus jeunes. En 1970, un tableau général, pour l'ensemble de l'Hôpital Charles Richet, avait été dressé par le service des admissions ; il donnait les résultats suivants :

TOTAL DES SEJOURS : 2 309

- hommes : 866
- femmes : 1 443

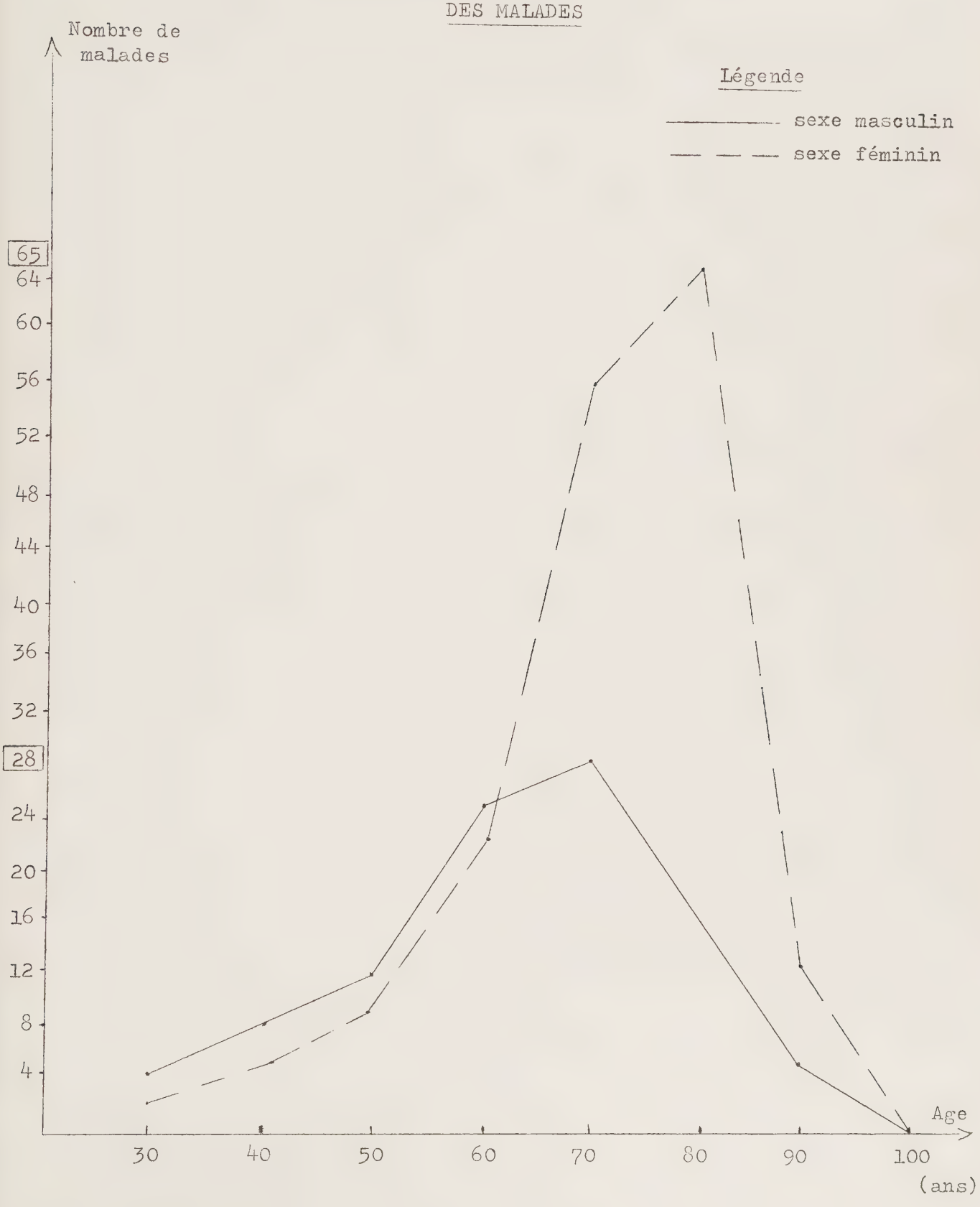
On y trouvait 268 hommes âgés de 70 à 79 ans et
557 femmes âgées de 80 à 89 ans.

C - ORIGINE GEOGRAPHIQUE - MODE D'ENTREE

Parmi les entrants, 97,7 % étaient Européens (90,9 % originaires de France) ; 2,3 % étaient originaires d'Afrique du Nord. Presque tous ont été admis par transfert d'un hôpital pour malades aigus. Nous n'avons noté que cinq entrées directes (il s'agit le plus souvent de membres du personnel).

COURBES DE L'AGE

DES MALADES



O R I G I N E G E O G R A P H I Q U E

Géographie	Nombre de malades	Pourcentages
F R A N C E	241	90,9 %
EUROPE (sauf FRANCE)	18	6,8 %
AFRIQUE du NORD	6	2,3 %
ASIE	0	
AFRIQUE NOIRE	0	
AMERIQUE	0	
OCEANIE	0	

M O D E D ' E N T R E E

	Nombre de malades	Pourcentages
Transfert	260	98,1 %
Directe	5	1,9 %

D - DUREE DE SEJOUR

L'analyse de ce critère appelle de notre part quelques remarques préliminaires. Les chiffres et les pourcentages que nous allons donner correspondent à l'observation des 265 dossiers en question. Nous rappelons qu'un même malade a pu être plusieurs fois admis au cours de l'année, que sept dossiers n'ont pas été retrouvés. Pour étudier la durée de séjour, nous avons fixé des unités de 0 à 7 jours, de 7 à 15 jours, de 15 à 30 jours, de 1 à 2 mois, de 2 à 3 mois, etc... Nous avons ainsi rapporté l'observation de chaque malade dans l'unité correspondante.

Dans ces conditions, nous avons trouvé 38 malades ayant séjourné dans le service entre 1 et 2 mois (14,3 %). Puis 32 malades, dont la durée de séjour se situe entre 2 et 3 mois (12 %). Mais nous avons constaté également les chiffres suivants :

de 0 à 7 jours ..... 16 malades (6 %)

de 7 à 15 jours ..... 10 malades (3,7 %)

de 15 à 30 jours ..... 29 malades (10,7 %)

ce qui correspond à 55 malades qui sont restés moins d'un mois dans le service. Dans le premier cas, nous avons noté huit exitus, deux dans le second, sept dans le troisième, c'est-à-dire 17 décès au total.

ANALYSE DE CES TROIS UNITES :

Nous remaruqons qu'à cet égard 16 malades sont concernés pour un séjour de 0 à 7 jours, 10 pour un séjour de 7 à 15 jours, 29 malades pour un séjour de 15 à 30 jours.

D U R E E D E S E J O U R

	Nombre de malades	Pourcentages
0 à 7 jours	16	6 %
7 à 15 jours	10	3,7 %
15 à 30 jours	29	10,7 %
entre 1 et 2 mois	38	14,3 %
entre 2 et 3 mois	32	12 %
entre 3 et 4 mois	21	8,3 %
entre 4 et 5 mois	25	9,4 %
entre 5 et 6 mois	10	
entre 6 et 7 mois	5	
entre 7 et 8 mois	9	
entre 8 et 9 mois	6	
entre 9 et 10 mois	8	
entre 10 et 11 mois	10	
entre 11 et 12 mois	9	
plus d'un an	26	9,8 %
plus de deux ans	11	

PREMIERE UNITE : C'est à notre sens, cette première semaine qui est spécialement intéressante. Nous avons vu qu'elle concerne 16 malades, dont la répartition est la suivante :

8 malades sont décédés ..... 50 % } 75 %
4 ont été transférés dans un service d'aigus .. 25 % }
3 sont retournés à leur domicile ..... }
1 a été placé dans une maison de retraite ... } 25 %

Nous aurons l'occasion de reconsidérer le problème des sorties et des décès, mais déjà on peut se demander si une telle hospitalisation en "milieu chronique" s'imposait pour ces malades.

DEUXIEME UNITE : Elle concerne 10 malades, dont la durée de séjour a été de 7 à 15 jours :

DECES ..... 2 malades : 20 %
TRANSFERT ..... 1 malade : 10 %
RETOUR AU DOMICILE 4
PLACEMENT 3

Les mêmes remarques, même nuancées, s'imposent là aussi.

TROISIEME UNITE : Quant à celle-ci, on y trouve 29 malades, qui sont restés dans le service de 15 à 30 jours.

DECES ..... 7 ≃ 24 %
TRANSFERT ..... 4 = 13,7 %
RETOUR AU DOMICILE 13
PLACEMENT 2
CONVALESCENCE 2
TRANSFERT EN CHRONIQUES 1

Ainsi, il nous apparaît que les séjours dont la durée est inférieure à quinze jours constituent sûrement une erreur d'orientation et c'est surtout la première semaine qui nous semble constituer un test assez éloquent dans la mesure où nous y enregistrons 50 % de décès et 25 % de transferts dans un hôpital pour malades aigus.

Le rapport 1970, pour l'ensemble de l'établissement, mettait en valeur deux pics de durées de séjour : 301 malades hospitalisés durant deux mois et 971 malades hospitalisés plus de six mois.

NOTION DE DUREE DE SEJOUR.

Si l'on considère la définition officielle, statistique, d'une durée moyenne de séjour, qui est la suivante : c'est le rapports de deux éléments : NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION / NOMBRE D'ENTREES

on trouve, pour 1970 et pour le service seulement :

NOMBRE DE JOURNEES 70 439

NOMBRE D'ADMISSIONS ..... 302 (nombre auquel il faut ajouter neuf passages intérieurs)

soit une moyenne de durée de séjour de ... 226,49 jours avec un coefficient d'occupation de 97,46 %.

Le tableau de bord de l'année 1971, pour le même service, fait constater un nombre supérieur d'admissions : 371 (132 hommes et 239 femmes), un nombre de journées d'hospitalisation s'élevant à 71 055. La durée moyenne de séjour a été de 186,49 jours, pour un coefficient d'occupation des lits encore accru par rapport à l'année précédente : 98,81 %.

E - PATHOLOGIE

Au cours de l'examen des dossiers, nous avons noté essentiellement cinq motifs allégués à l'entrée des malades, qui sont par ordre décroissant :

1 - Les malades cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ;

2 - Les troubles psychiques et les démences séniles ;

3 - Les fractures, pour poursuite de rééducation ;

4 - Les cancers (opérés ou non) ;

5 - Les affections neurologiques (en dehors des accidents vasculaires cérébraux).

1° - MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ET LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX.

Le premier motif de cette liste concerne 94 malades, c'est-à-dire 31,3 % des entrants que nous avons étudiés, dont :

. 37 présentaient une hémiplégie d'origine vasculaire ;

. 20 présentaient une artérite des membres inférieurs avec, ou non, des troubles trophiques associés ;

. 15 présentaient une insuffisance circulatoire cérébrale, dont nous donnons ici une définition sans doute arbitraire. Il s'agit là de malades qui n'ont pas présenté d'accident vasculaire cérébral, qui ne présentent pas non plus certains troubles du rythme cardiaque par exemple, mais qui présentent un état particulier fait de pertes de mémoire, ou de vertiges ou de désorientation temporo-spatiale, une insuffisance vertébro-basilaire ;

. 13 malades présentaient une insuffisance cardiaque ;

. 4 des troubles du rythme ;

. 4 une hypertension artérielle ;

. 1 un infarctus du myocarde.

2° - TROUBLES PSYCHIQUES.

21 malades ont été adressés dans le service pour troubles psychiques divers, 14 pour démence sénile.

3° - FRACTURES.

31 malades furent admis pour rééducation après une fracture :

. 18 fractures du col du fémur ;

. 9 polytraumatisés ;

. 2 fractures du tibia ;

. 2 fractures du rachis.

4° - LES CANCERS.

Les cancers ont concerné 29 malades (opérés ou non) :

. 6 cancers du sein ;

. 4 cancers de la prostate ;

. 4 cancers métastasiés ;

. 2 cancers du rectum ;

. 2 cancers de la vessie ;

. 2 cancers de l'estomac ;

. 2 tumeurs cérébrales ;

. 2 cancers du pharynx ;

. 1 cancer de l'amygdale ;

. 1 cancer de la langue ;

. 1 cancer de l'oesophage ;

. 1 cancer bronchique ;

. 1 cancer de l'utérus.

M O T I F S A L L E G U E S A L ' E N T R E E

1°	MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ET ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX
2°	TROUBLES PSYCHIQUES ET SENILITE
3°	FRACTURES
4°	CANCERS (OPERES ET NON OPERES)
5°	AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

N O M B R E D E D I A G N O S T I C S P A R M A L A D E

Nombre de diagnostics	Nombre de malades	Pourcentages
1	64	24,1 %
2	96	36,2 %
3	55	20,7 %
4	28	10,5 %
5	18	
6	3	
7	1	

5° - AFFECTIONS NEUROLOGIQUES.

28 malades présentaient une affection neurologique (en dehors des accidents vasculaires cérébraux) :

. 9 scléroses en plaques ;

. 9 maladies de Parkinson ;

. 6 paraplégies ;

. 2 traumatismes crâniens ;

. 1 atrophie cérébelleuse ;

. 1 malade présentait des troubles moteurs des membres inférieurs sans étiologie précise.

6° - AUTRES MALADIES.

Ce sont les affections de l'appareil digestif (4,6 %), les affections métaboliques et endocriniennes (4 %), les cas sociaux (4 %), misère physiologique (4 %), les affections rhumatologiques (3,6 %), les infections broncho-pulmonaires, les affections métaboliques et hématologiques.

Au total, il s'agit là des motifs des admissions des malades, dont 31,3 % de ceux constatés sont d'ordre cardio-vasculaire. En fait, le sujet âgé présente une polypathologie, ce qui, chez lui contribue à rendre le pronostic plus grave.

Nous avons trouvé, en effet, 96 malades chez lesquels deux diagnostics avaient été portés au cours du séjour (36,2 %), 64 sujets ne présentaient qu'une affection, mais 55 en présentaient trois, 28 en présentaient quatre.

Ce nombre de diagnostics par malade correspond aux maladies jugées comme les plus importantes. En réalité, il peut être majoré compte-tenu du fait, par exemple, qu'il est rarement inscrit sur un dossier l'existence d'une arthrose - et tous nos malades, ou presque, sont arthrosiques - ou d'une ostéoporose, fréquente elle aussi. De même peut-on dire qu'une surdité ou une cécité ne sont pas toujours notifiées sur les feuilles d'observation lorsqu'elles ne sont qu'associées à la maladie première.

Dans de telles conditions, n'est-il sans doute pas erroné d'affirmer que la moyenne en question représente un minimum de diagnostics par malade. Comme l'a souvent souligné Monsieur le Professeur PEQUIGNOT, le sujet âgé recouvre l'ensemble des maladies et un même individu peut relever des spécialités les plus variées. Sur ce sujet, en particulier, nous nous permettons de nous reporter au travail fait par le Docteur Pierre FAURE sur les malades du service en 1972.

F - MODES ET CIRCONSTANCES DE SORTIE-DECES

Dans cette rubrique, nous avons compté sur les dossiers étudiés :

. 29,1 % de retours au domicile ;

. 26,1 % de placements en maison de retraite ;

. 25,1 % de décès dans le service ;

. 11 % des sujets ont été transférés dans un hôpital pour malades aigus.

Quant aux autres malades, ou bien ils sont partis en maison de convalescence, ou bien ils ont été transférés dans un autre

M O D E D E S O R T I E

	Nombre de malades	Pourcentages
RETOUR AU DOMICILE	79	29,1 %
CONVALESCENCE	3	
TRANSFERT EN CHRONIQUES	5	
TRANSFERT DANS UN AUTRE HOPITAL (de malades aigus)	30	11 %
HOSPITALISATION A DOMICILE	0	
EXITUS	68	25,1 %
IN EXTREMIS	1	
MAISON DE RETRAITE	72	26,5 %

établissement de "chroniques", ou bien ils ont été reconduits "in extremis" dans leur famille : à ce propos, le chiffre de une sortie "in extremis" nous semble étonnant : on aurait en effet pu s'attendre à trouver plus fréquent un tel mode de sortie. Nous n'avons noté aucune hospitalisation à domicile. Parmi les circonstances de sortie, mis à part les exitus, nous ne notons que des décisions médicales. Plus de 66 % des hospitalisés ont présenté, au cours de leur séjour, des complications ayant parfois motivé des transferts ou des décès.

1° - SORTIE ET DUREE DE SEJOUR.

Nous nous proposons d'analyser les circonstances de sortie des malades en fonction de la durée de leur séjour dans le service. C'est ainsi que nous trouvons :

a) Chez les hommes

. MOINS DE 6 MOIS D'HOSPITALISATION

Retour au domicile	28 malades
Convalescence	1
Transfert en chroniques	1
Transfert dans un service d'aigus	9
Placement dans une maison de retraite	6

CES MODES SE DECOMPOSENT DE LA MANIERE SUIVANTE

Durée de séjour	Retour au domicile	Convalescence	Transfert en chronique	Transfert en aigus	Placement en maison de retraite	Décès
0 à 7 jours	1			2	1	3
7 à 15 jours					1	1
15 à 30 jours	6	1	1		1	4
1 à 2 mois	7			5	1	7
2 à 3 mois	5				1	5
3 à 4 mois	4			1	1	4
4 à 5 mois	4					1
5 à 6 mois	1			1		4

. PLUS DE 6 MOIS D'HOSPITALISATION

Retour au domicile 5

Convalescence 0

Transfert en chroniques 1

Transfert en aigus 3

Placement en maison de retraite 12

b) Chez les femmes

. MOINS DE 6 MOIS D'HOSPITALISATION

- Retour au domicile 42
- Convalescence 1
- Transfert en chroniques 1
- Transfert en aigus 15
- Placement en maison de retraite 21

CES MODES SE DECOMPOSENT DE LA MANIERE SUIVANTE

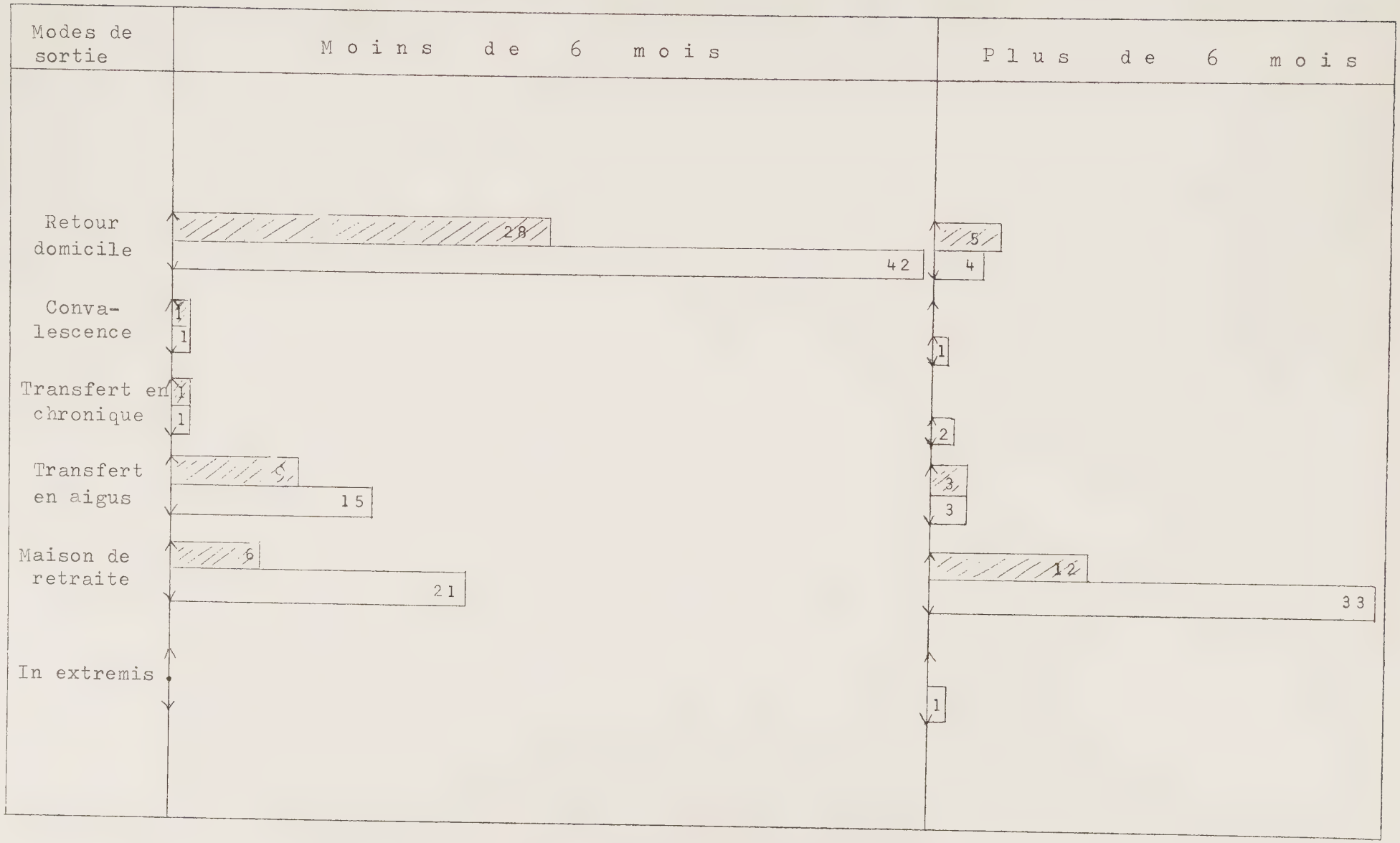
Durée de séjour	Retour au domicile	Convalescence	Transfert en chronique	Transfert en aigus	Placement en maison de retraite	Décès
0 à 7 jours	2			2		5
7 à 15 jours	4			1	2	1
15 à 30 jours	7	1		4	1	3
1 à 2 mois	2		1	2	2	11
2 à 3 mois	10			3	5	3
3 à 4 mois	6				4	1
4 à 5 mois	10			3	5	2
5 à 6 mois	1				2	1

MODES DE SORTIE SUIVANT LA DUREE DE SEJOUR

M O D E S D E S O R T I E	MOINS DE 6 MOIS		PLUS DE 6 MOIS	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Retour au domicile	28	42	5	4
Convalescence	1	1	0	1
Transfert en service chronique	1	1	1	2
Transfert dans un autre hôpital (aigu)	9	15	3	3
Placement en maison de retraite	6	21	12	33
In extremis	0	0	0	1

NOUS N'AVONS PAS OBSERVE D'HOSPITALISATION A DOMICILE

MODES DE SORTIE



Légende : unité = 2 mm

Sortie hommes

Sortie femmes

. AU DELA DE 6 MOIS D'HOSPITALISATION

- Retour au domicile 4
- Convalescence 1
- Chroniques 2
- Aigus 3
- Maison de retraite 33
- In extremis 1

Au total, en fonction de la durée de séjour, on constate que les hospitalisations inférieures à 6 mois correspondent en général à un retour au domicile. Ce dernier mode possède un pic sisué dans la tranche allant de 1 à 2 mois de séjour pour les hommes ; quant aux femmes, on enregistre deux pics : l'un à 2 - 3 mois, l'autre à 4 - 5 mois. Les hospitalisations plus longues correspondent à un placement en maison de retraite, où l'on constate chez les hommes un maximum aux alentours de 12 mois de séjour ; pour les femmes, le pic se dessine plus tôt, à partir de 10 mois d'hospitalisation.

2° - SORTIES ET AGE DES MALADES.

Nous avons distingué trois tranches d'âge, en spécifiant que nous n'avons pas trouvé de malades âgés de moins de 30 ans. Les pics que nous observons sont :

- .. pour les hommes :
  . 70 ans et plus : 13 retours au domicile contre 11 placements dans les maisons de retraite ;
- .. pour les femmes :
  . 70 ans et plus : 38 retours au domicile contre 50 placements.

SORTIES SUIVANT LES AGES

S O R T I E S	30 - 59 ans		60 - 69 ans		70 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Retour au domicile	9	6	8	5	13	38
Maison de retraite	2	1	6	2	11	50
Convalescence	2	0	0	0	0	0
Transfert en service chronique	0	0	0	0	2	3
Transfert dans un autre hôpital (pour aigus)	3	3	3	5	6	10
In extremis	0	0	0	0	0	0

3° - A TITRE DE COMPARAISON, ON CONSTATAIT

a) en 1969, pour le même service.

Un nombre total de sorties de 251 malades, dont 75 décès. Les entrées totales avaient été de 250. Les sorties autres que les exitus, se décomposaient comme suit :

- Retour au domicile	78	31,1 %
- Maisons de repos spécialisées	3	1,2 %
- Transfert en chroniques	5	2 %
- Transfert en aigus	36	14,2 %
- Transfert en hôpitaux psychiatriques	3	1,2 %
- Placement en maison de retraite	51	20,3 %
- EXITUS	75	30 %

b) en 1 9 7 0 :

Pour l'ensemble des services de l'Hôpital Charles Richet sont notés, pour un total de 2 309 séjours dont 2 301 entrées par transferts :

- Retour au domicile	692	30 %
- Convalescence	21	1 %
- Transfert en chroniques	32	1,3 %
- Transfert en aigus	257	11,1 %
- Hospitalisation a domicile	12	0,5 %
- Exitus	669	29 %
- In extremis	2	0,1 %
- Placement en maison de retraite	624	27 %

c) en 1 9 7 1 :

Pour le seul service du Docteur MARSALEIX, sont notés :

SERVICE DU DOCTEUR MARSALEIX

DIFFERENTS MODES DE SORTIES

A N N E E 1 9 7 1

M o i s	Placements	Retour au domicile	Transferts aigus	Transferts chroniques	Transferts maisons psychiatriques	Maisons de repos spécialisées	Décès	Total des sorties
Janvier	7	6	4				8	25
Février	9	7	4		3		8	31
Mars	10	10	2		1		5	28
Avril	12	11	8				1	32
Mai	5	7	3				7	22
Juin	6	10	4			2	6	28
Juillet	7	14	5				15	41
Août	8	10	3				7	28
Septembre	9	10	4			1	6	30
Octobre	8	13	6				9	36
Novembre	3	12	4	1			10	30
Décembre	11	11	7	2	1		15	47
	95	121	54	3	5	3	97	378
Pourcentage par rapport aux sorties	25,20 %	32 %	14,25 %	0,75 %	1,35 %	0,75 %	25,70 %	

- Retour au domicile	121	32 %
- Maisons de repos spécialisées	3	0,75 %
- Transferts en maisons psychiatriques	5	1,35 %
- Transferts chroniques	3	0,75 %
- Transferts aigus	54	14,25 %
- Placements	95	25,20 %
- Décès	97	25,70 %
	378 sorties	

4° - ASSISTANCE SOCIALE.

Depuis le mois de septembre 1971, on compte trois assistantes sociales pour l'ensemble de l'hôpital (contre deux jusqu'alors), aidées de secrétaires. Il existe, pour le service du Docteur MARSALEIX, une assistance sociale. En 1970, le service social avait élaboré un rapport mettant l'accent sur le rôle qu'il a à jouer vis à vis des malades. Il a en effet pour tâche de participer à l'humanisation de leur séjour, de les décharger de leurs problèmes matériels (pensions... loyers...) et de régler celui de leur sortie (retour au domicile..., placement...).

Les difficultés sont nombreuses, les liaisons administratives ou sociales sont parfois lentes. Les malades sont éloignés de leur domicile ; les visites sont parfois rares, ce qui ne permet pas d'obtenir tous les renseignements qui les concernent. A cet égard, il est souhaitable que l'on transmette les dossiers sociaux, ou tout au moins des renseignements précis sur les ressources des malades et sur leur situation à l'égard de la Sécurité Sociale ou des Mutuelles. Il est regrettable que les demandes de placements

dans les maisons de retraite soient si rarement ébauchées pour les personnes âgées qui sont admises lors de l'admission dans les services pour "aigus". De 1969 à 1970, le nombre de placements réalisés par le service social est passé de 256 à 405, soit une augmentation de près de 50 %.

La constitution des dossiers de placement au titre de l'aide sociale est trop souvent lourde (elle peut comprendre 10..., 12 pièces et plus...) ; les demandes n'boutissent qu'au bout de plusieurs mois et après de multiples interventions des assistantes sociales. Les problèmes concernant les pensions sont plus nombreux et plus complexes en raison de la multiplication des retraites complémentaires. Le service social s'entretient avec le malade et sa famille, quand celle-ci se présente. Il assure des permanences pour les personnes qui habitent loin et qui travaillent. Cet éloignement de Paris, et les frais de transport qui en résultent, constituent d'ailleurs souvent un obstacle quant à une meilleure cohésion entre les différents partis.

Ce rapport insiste sur la nécessité d'augmenter l'effectif des assistances sociales. En raison de l'augmentation du travail, du fait de l'accélération du mouvement, une part essentielle du travail social (entretien avec le malade, accueil, disponibilité...) est sacrifiée pour faire face aux solutions de placements.

Tout en remerciant Mesdames les Assistantes Sociales, qui nous ont permis de consulter leur rapport, nous tenons ici à leur rendre hommage, ainsi qu'à leurs collaboratrices, pour leur dévouement quotidien dans le seul intérêt des malades.

5° - ENQUETE SUR LES MALADES SORTIS DU SERVICE.

Nous avons jusqu'ici parlé des malades alors qu'ils étaient hospitalisés dans le service, entrés au cours de l'année 1970. Il nous a paru intéressant de chercher à savoir ce qu'ils étaient devenus à partir de l'instant où ils ont quitté l'hôpital Charles Richet. Notre enquête a porté d'une part sur les retours au domicile, d'autre part, sur les placements.

C'est ainsi que nous avons écrit aux malades rentrés chez eux, en leur adressant un questionnaire rédigé comme suit :

- 1ère question : Depuis votre sortie de l'Hôpital Charles Richet en 1970, avez-vous été à nouveau malade ?
- 2ème question : Si oui, combien de temps après votre sortie ?
- 3ème question : Avez-vous été traité(e) : à domicile
  à l'hôpital
- 4ème question : Avez-vous un médecin traitant ?
- 5ème question : Le voyez-vous régulièrement ?
- 6ème question : Vivez-vous seul(e) ?
- 7ème question : Quelles sont les personnes qui s'occupent de vous ? Exemple : enfants, amis, voisins....
- 8ème question : Quelles sont vos ressources ? Exemple : Caisse de retraite, aide familiale...
- 9ème question : Avez-vous des observations à formuler au sujet de votre séjour à Villiers-le-Bel en 1970 ?

D'autre part, nous avons demandé aux services médicaux des maisons de retraite, ou des hôpitaux-hospices, de bien vouloir nous faire parvenir un bilan du séjour dans ces établissements

des malades qui leur avaient été adressés par le service du Dr MARSALEIX.

A - EN CE QUI CONCERNE LES RETOURS AU DOMICILE

Le nombre total des personnes contactées a été de 77. Nous avons reçu 57 réponses, soit 74 % de ce nombre. C'est, nous semble-t-il, un pourcentage très important et encourageant pour une plus étroite collaboration entre le malade et son médecin. Celle-ci nous paraît encore plus indispensable lorsque la médecine s'adresse à des personnes âgées, qui se sentent trop souvent abandonnées.

La répartition des réponses a été la suivante :

1) Réponses effectives ... 29. Il faut cependant signaler que nous avons reçu un questionnaire anonyme, donc inutilisable quant à l'analyse des résultats.

2) Nous avons enregistré 17 décès.

3) Tandis que 11 enveloppes nous sont revenues avec la mention "n'habite plus à l'adresse indiquée". Cela diminue évidemment le pourcentage de nos réponses, qui reste cependant voisin de 60 %.

a/ ANALYSE DES 28 QUESTIONNAIRES.

Nous ont répondu huit hommes et vingt femmes.

. Chez les hommes :

Quatre d'entre eux ont à nouveau nécessité des soins, sans que l'on puisse dire qu'il s'agissait d'une rechute ou d'une nouvelle maladie. Nous exposons ici leurs réponses à nos questions, en spécifiant que les diagnostics indiqués sont ceux qui représentaient les motifs allégués à leur entrée dans le service en 1970.

lère réponse ..... Il s'agit d'un homme de 51 ans, porteur d'une artérite des membres inférieurs. Il nous indique que, depuis sa sortie du service, il a été hospitalisé à deux reprises, deux mois après son retour au domicile et six mois après.

2ème réponse ..... Notre correspondant est âgé de 81 ans ; il était entré à l'hôpital Charles Richet en 1970 pour infarctus du myocarde et hémiplégie d'origine vasculaire. Plus de trois mois après son retour chez lui, il était à nouveau hospitalisé.

3ème réponse ..... Ce correspondant est âgé de 75 ans, présentant lui aussi une hémiplégie vasculaire, nécessitant des soins constants qui se font à domicile.

4ème réponse ..... Agé de 74 ans, ce malade est porteur d'un adénome prostatique. Il a été à nouveau hospitalisé, mais plus de 2 ans après son retour à son domicile.

Il apparaît donc que parmi ces huit hommes, quatre ont encore nécessité des soins, dont trois dans un service hospitalier. Deux dans les six mois qui ont suivi leur retour au domicile, deux après six mois. La quasi totalité de nos correspondants ont un médecin traitant et le consultent régulièrement. A la question "vivez-vous seul ?", deux seulement ont répondu oui. A la question "quelles sont les personnes qui s'occupent de vous ?", la majorité des six autres réponses a été : "ma femme". Quant aux ressources, elles sont les suivantes : retraite des vieux travailleurs, retraite d'invalidité de la caisse de sécurité sociale, rente d'incapacité permanente, aides familiales...

. Chez les femmes :

Nous avons reçu 20 réponses. Douze femmes ont nécessité des soins, qui se sont faits en majorité à domicile. Là aussi nous faisons les mêmes remarques que pour les hommes, à savoir que nous ne connaissons pas les véritables motifs de ces nouveaux soins. A la question de savoir combien de temps après le retour au domicile ont eu lieu les derniers, nous avons enregistré :

Un mois après	1
Plus de 3 mois après	2
Plus de 6 mois	3
Plus de 1 an	4
Plus de 2 ans	1

A noter qu'une correspondante a omis de répondre à cette question. L'analyse des réponses est la suivante :

1ère réponse ..... Il s'agit d'une femme de 87 ans, qui avait été hospitalisée en 1970 dans le service pour prurigo. Elle a nécessité des soins un an seulement après son retour chez elle, non hospitalisée.

2ème réponse ..... Cette dame de 85 ans, présentant un syndrome de Stockes Adams, porteuse d'un pace-maker, fut hospitalisée plus de 6 mois après son retour au domicile.

3ème réponse ..... Cette correspondante âgée de 80 ans, hospitalisée pour fracture du col du fémur, n'est restée que trois mois chez elle, puis fut de nouveau admise dans un service hospitalier.

4ème réponse ..... Il s'agit d'une femme de 88 ans, qui avait été admise dans le service pour fracture du col fémoral. Elle a nécessité des soins à domicile plus de 6 mois après sa sortie, pour bronchites.

5ème réponse ..... Une femme de 74 ans, hémiplégique, fut soignée à domicile plus de 12 mois après sa sortie.

6ème réponse .... Cette correspondante âgée de 87 ans, en invalidité totale par suite d'une fracture du col du fémur, a nécessité des soins constants à domicile.

7ème réponse ..... C'est une femme de 78 ans, qui avait été hospitalisée pour fractures multiples. Elle fut soignée à domicile plus d'un an après sa sortie.

8ème réponse ..... Cette autre femme âgée de 82 ans, admise en 1970 pour purpura, nécessita des soins à domicile un mois après sa sortie du service.

Au total, on constate parmi les vingt personnes qui nous ont répondu, que 60 % d'entre elles ont nécessité à nouveau des soins, sans que l'on puisse affirmer bien sûr qu'il s'agissait d'une rechute de la maladie pour laquelle elles avaient été hospitalisées en 1970 ou d'une autre maladie. On constate par ailleurs que c'est en général six mois après le retour au domicile que l'état de santé de ces douze correspondantes a necessité des soins qui se sont donnés en majorité à domicile (9 malades). Ces vingt correspondantes ont également un médecin traitant qu'elles consultent régulièrement. Contrairement aux hommes, à la question "vivez-vous seule ?", 16 femmes ont répondu oui ; les personnes qui

s'occupent d'elles sont ou bien les enfants ou bien les voisins ou amis. Quant aux ressources, on trouve les mêmes réponses que les hommes.

Tous les malades qui ont répondu à la dernière question se déclarent satisfaits de leur séjour dans le service, ce qui est encourageant pour l'ensemble du personnel et qui doit aussi conduire à l'amélioration constante des conditions d'hospitalisation.

b) ANALYSE DES AUTRES REPONSES

1) Nous avons déjà signalé que onze enveloppes nous sont retournées avec la mention "n'habite plus à l'adresse indiquée".

2) Quant aux décès, ils ont concerné 17 personnes : 13 femmes et 4 hommes. L'analyse de ces exitus est forcément restreinte puisque, le plus souvent, leur date de survenue par rapport à celle de la sortie des malades, les âges de ces derniers, les causes nous sont inconnus. Nous ne pouvons que fournir les diagnostics d'entrée dans le service au cours de l'année 1970.

* CHEZ LES FEMMES

- 2 cancers du sein, dont l'un avec métastases ayant motivé une sortie in extremis (62 ans) ;
- 1 fracture du col du fémur (85 ans) ;
- 2 hémiplégies vasculaires, dont l'une décéda dans un service hospitalier parisien un mois après sa sortie de l'hôpital Ch. Richet ;
- 2 insuffisances circulatoires cérébrales (en dehors des accidents vasculaires cérébraux);

- 1 cirrhose éthylique, décédée à l'âge de 59 ans
- 2 insuffisances cardiaques, dont l'une s'accompagnait d'un syndrome dépressif. L'autre entraîna le décès de la malade 15 jours après sa sortie du service.
- 2 diabètes
- 1 artérite, avec amputation (80 ans).

* CHEZ LES HOMMES

- 1 cancer de la prostate (69 ans)
- 1 cirrhose éthylique décompensée (72 ans)
- 2 hémiplégies vasculaires.

B - ENQUETE AUPRES DES MAISONS DE RETRAITE

Nous nous sommes également intéressés aux malades qui avaient été placés après leur séjour à Villiers-le-Bel. C'est pourquoi nous avons demandé aux services médicaux des maisons de retraite et hôpitaux hospices de bien vouloir nous fournir un bref bilan de l'état de santé de nos malades. Nous remercions ceux des médecins ou des directeurs qui ont eu la gentillesse de nous répondre, ils nous ont apporté une aide efficace. Le but de cette enquête était aussi de nous permettre de faire notre autocritique, jugeant qu'elle servirait au bien de tous nos malades.

Nous avons contacté 22 établissements, concernant 55 malades. Nous avons reçu 13 réponses, concernant 29 malades. Nous éliminons ici quatre erreurs de transmissions.

Voici les résultats que nous avons obtenus:

I°) EN CE QUI CONCERNE LES FEMMES

22 réponses sont parvenues. On note 6 décès, 1 transfert en milieu pour malades aigus, 2 sorties à la demande des intéressées (motifs non précisés), les treize autres malades ne posent pas de problème particulier.

Nous nous intéresserons particulièrement au décès, dont le pourcentage est de 27,2 %. Nous croyons être objectifs en exposant ici ces cas :

a) Une femme, qui avait été admise dans le service pour misère physiologique est placée au terme de son séjour dans une maison de retraite. Elle y décède treize mois après son arrivée dans cet établissement (cause non précisée).

b) Il s'agit d'une femme présentant une coxarthrose, avec une anémie d'étiologie encore inconnue, au moment de son placement. Elle meurt 16 mois après ce dernier d'un cancer colique.

c) Une femme de 84 ans, insuffisante cardiaque, est placée dans une maison de retraite. Un mois plus tard, elle est victime d'une chute : fracture du col du fémur. Elle est alors transférée dans un service hospitalier parisien, où elle est opérée. Elle décède malheureusement trois jours après l'intervention.

d) Cette femme présentait des séquelles de zona du ganglion géniculé (paralysie faciale), une désorientation temporo-spatiale et des infections urinaires. Elle meurt un mois après son placement (pas de cause évoquée, le dossier n'ayant pas été retrouvé).

f) Cette malade présentait un bloc auriculo-ventriculaire, elle était porteuse d'un pace-maker, elle offrait en outre des signes de sénilité. Elle meurt 8 mois après son placement, après avoir présenté une insuffisance ventriculaire gauche avec mauvais fonctionnement de l'appareil et une hémiplégie. Elle décède dans un tableau d'insuffisance cardiaque et de surinfection.

Afin de compléter cet échantillon de malades, nous rapportons les cas de trois malades qui avaient été transférés dans des hôpitaux pour aigus.

a) La première malade avait été placée à la suite d'une hémiplégie et était pratiquement grabataire malgré la rééducation. Elle présentait des troubles du rythme cardiaque et une artérite des membres inférieurs, qui a conduit le service médical de la maison de retraite à la transférer pour amputation d'une cuisse.

b) Les deux autres transferts se sont faits alors que les malades étaient encore dans notre service.

. Une malade est transférée pour poussée de leucémie lymphoïde chronique. Elle est traitée, puis envoyée dans un service de chroniques (autre que Charles Richet), où elle décèdera.

. Ce malade, porteur d'un cancer gastrique inopérable, est transféré pour impossibilité d'alimentation. Il meurt trois jours après son transfert.

L'examen de ces observations doit également imposer la réflexion de tous ceux qui ont à s'occuper de services, qu'ils soient d'aigus ou de chroniques. Nous croyons qu'une plus étroite

collaboration entre les établissements, à tous les niveaux, est de plus en plus nécessaire, sans oublier les maisons de retraite. Le manque de compréhension est souvent préjudiciable à l'avenir de nos malades, aussi les efforts de tous doivent-ils être conjugués pour répondre à leurs demandes.

2°) EN CE QUI CONCERNE LES HOMMES

Quatre seulement sont concernés dans les réponses qui nous ont été faites. Nous n'enregistrons pas de décès. Ils ne posent pas de graves problèmes aux établissements qui les ont accueillis. On peut cependant signaler que deux diagnostics ont été complétés (même remarque pour les femmes): nous avons déjà souligné l'importance de la polypathologie chez les personnes âgées.

6°- D E C E S

. En ce qui concerne les décès survenus dans le seul service, nous en avons compté 68, soit 25,1 % des dossiers étudiés. Dix huit exitus sont survenus entre 1 et 2 mois de séjour (23, 52 %). Mais nous en trouvons 8 survenus au cours de la première semaine, 2 au bout de 15 jours au moins, 9 avant un mois. Au total, 17 malades sont décédés en moins de quatre semaines de séjour dans le service du Docteur MARSALEIX, ce qui représente un taux partiellement important.

. Sont décédés 33 hommes et 35 femmes. La répartition des âges est la suivante :

- dans la tranche de 40 à 59 ans : 2 hommes et une femme
- dans la tranche de 60 à 69 ans : 11 hommes et 4 femmes
- plus de 70 ans : 20 hommes et 30 femmes

. La moyenne arithmétique d'âge de décès est, pour les hommes : 71 ans 6 mois, pour les femmes : 81 ans. Nous n'avons pas noté de décès au-dessous de 40 ans.

. L'étude des exitus survenus chez les hommes montre que huit sont survenus entre 65 et 69 ans, huit encore entre 70 et 79 ans, neuf entre 80 et 89 ans.

En ce qui concerne la durée de séjour, 7 décès sur 33 sont survenus entre 1 et 2 mois d'hospitalisation.

. Cette même étude chez les femmes montre : que quatre sont survenus entre 65 et 69 ans, onze entre 70 et 79 ans, mais douze entre 80 et 89 ans.

D E C E S 68

Temps au bout duquel a eu lieu le décès	Nombre de malades	Pourcentages
de 0 à 7 jours	8	11,7 %
de 7 à 15 jours	2	2,9 %
de 15 à 30 jours	7	10,3 %
de 1 à 2 mois	18	23,5 %
entre 2 et 3 mois	8	
entre 3 et 4 mois	5	
entre 4 et 5 mois	3	
entre 5 et 6 mois	5	
entre 6 et 7 mois	0	
entre 7 et 8 mois	3	
entre 8 et 9 mois	1	
entre 9 et 10 mois	3	
entre 10 et 11 mois	2	
entre 11 et 12 mois	1	
plus de 1 an	2	

HISTOGRAMME DES DECES

Pour la durée de séjour, nous observons deux pics : l'un entre 1 et 2 mois, avec 5 décès entre 80 et 89 ans, l'autre à plus de 6 mois, avec 3 décès dans cette même tranche d'âge.

. Analyse de décès survenus au cours de la première semaine d'hospitalisation

Nous en avons noté huit : cinq femmes et trois hommes. Il nous a paru intéressant de rapporter ici leurs observations.

... 1ère observation : Il s'agit d'un homme de 89 ans et 6 mois, qui est admis par transfert, le 3 février 1970, dans le service du Dr MARSALEIX, pour sénilité, le malade étant incapable de sesubvenir à lui-même. Dans ses antécédents, on notait une fracture de jambe 23 ans auparavant.

Dans le service d'origine, le malade a présenté, le 21 janvier 1970, une bronchopneumonie, dont l'étiologie bactérienne était considérée comme probable. Sous traitement, l'évolution s'avéra bonne. Le 27 janvier, on notait un état de somnolence (après une prise de deux comprimés d'un tranquillisant) qui persiste jusqu'au 31 du même mois, tandis que l'examen pulmonaire permettait de découvrir encore des râles crépitants aux deux bases, avec diminution du murmure vésiculaire.

Le malade est néanmoins adressé dans le service de "chroniques" le 3 février. Il y décède 1 h 30 après son arrivée. Encombrement et collapsus cardio-vasculaire sont les causes de l'exitus.

... 2e observation : Un homme de 84 ans est admis dans le service, le 27 novembre 1970, par transfert, pour une hémiplégie d'origine vasculaire ; chez un hypertendu. Depuis deux jours, le malade refusait de s'alimenter à cause d'une algie dentaire. Il décède deux jours après son admission d'une poussée hypertensive avec accès thermique.

... 3e observation : une femme de 83 ans entre dans le service, le 12 octobre 1970, pour misère physiologique extrême, secondaire à un cancer de l'estomac très évolué. Elle décède 6 jours plus tard. Le rapport d'autopsie montre :

1°) os : très friables, ostéoporotiques ;
2°) tumeur gastrique s'étendant de la petite courbure à la grande courbure, elle adhère avec l'épiploon au méso-transverse
3°) volumineuses métastases hépatiques ;
4°) le reste est normal.

... 4e observation : le 19 octobre 1970, une femme de 81 ans est admise par transfert pour une paralysie du bras droit avec cervicalgies, succédant à un HALDSTEDT gauche et une cobaltothérapie en mars 1970. Elle présentait des signes rolandiques gauches et un tassement de C_5 . La chimiothérapie qu'elle recevait fut arrêtée en raison d'une leucopénie, elle fut suivie également d'alopécie. Cette malade portait une sonde vésicale à demeure pour rétention urinaire et présentait une infection urinaire.

Elle décède dans le service 3 jours après son arrivée : évolution terminale.

... 5e observation : Il s'agit d'une femme de 90 ans qui fut d'abord admise le 5 novembre 1969, par transfert, dans un des services de l'hôpital Charles Richet, pour fracture cervico-trochantérienne droite, ostéosynthisée le 29 juillet 1969. Elle présentait, par ailleurs, une désorientation temporo-spatiale.

Le 11 juin 1969 elle souffre d'un abcès chaud au niveau de la face externe de la cuisse droite, qui correspond à la tête du clou-plaque. Elle est transférée en "aigus" le 18 juin 1970 pour matériel mal toléré (ostéïte).

On procède à l'ablation du clou-plaque : il existe deux fistules, une lyse osseuse avec poche purulente. C'est le 27 juillet 1970 que cette malade est de nouveau admise à l'hôpital Charles Richet, dans le service du Dr MARSALEIX. Elle était asthénique, elle présentait une diarrhée importante. Elle décède ce même jour de sa déshydratation.

... 6e observation : un homme de 83 ans est admis dans le service d'aigus, pour cancer de la prostate, dont la chirurgie fut refusée à cause de l'état et de l'âge du patient. Une hospitalisation à domicile est acceptée le 5 août 1970.

Une deuxième hospitalisation en "aigu" a lieu, le 25 août 1970, pour état d'excitation et nouveau bilan après traitement hormonal et antiseptique urinaire. Le patient est cachectique,

nécessitant des soins constants. Il est porteur d'une sonde à demeure. Il est adressé dans le service le 10 septembre 1970, il y décède deux jours après.

... 7e observation : un service d'"aigus" adresse dans le service une femme de 85 ans pour une sénilité déjà ancienne considérant que son état paraissait pouvoir bénéficier d'une cure en maison de convalescence.

La malade arrive le 3 avril 1970, sans dossier, non coopérante pour l'interrogatoire. On sait seulement qu'elle a été hospitalisée en "aigu" pour malaise et perte de connaissance du 20.3.70 au 3.4.70.

A son entrée, elle est consciente, mais très agressive. Dans la nuit du 5 au 6 avril, elle décède dans un tableau de défaillance cardiaque.

... 8e observation : une femme de 78 ans entre dans le service pour polyarthrite chronique évolutive, traitée depuis 1963 par des corticoïdes ; elle a des antécédents d'infection urinaire.

Le 17 octobre 1970, elle présente une septicémie à gram(-) (E.Coli) avec choc toxi-infectieux ; le point de départ étant urinaire. Elle présente également un syndrome cushinoïde thérapeutique. Elle est traitée dans un service d'aigus.

Elle décède le 3.1.1970 d'un syndrome de Cushing thérapeutique. Sa septicémie avait bien évolué sous traitement.

Ainsi huit malades sont décédés au cours de la première semaine, âgés de plus de 80 ans, sauf une femme âgée de 78 ans. On peut se demander si, pour la plupart, le décès n'était pas prévisible. Quant aux autres exitus 2 sont survenus au bout de 10 jours et de 15 jours, correspondant à une complication aiguë non prévisible (insuffisance cardiaque aiguë et insuffisance respiratoire aiguë). Il en va de même pour les exitus survenus avant un mois. Au total, 17 malades sont décédés en moins de quatre semaines. Cela pose le problème de l'indication du transfert de certains d'entre eux en milieu dit de "chroniques".

Le rapport général de l'hôpital dans la rubrique réservé au service, révèle qu'en 1971 on avait à compter 97 décès, dont 38 hommes et 59 femmes, soit un pourcentage de 25,70 % par rapport aux sorties. Quant aux causes réelles de ces exitus, elles sont souvent difficiles à mettre en évidence de façon claire, surtout chez ces malades offrant une polypathologie. Comment définir la part qui revient aux infections pulmonaires, urinaires, aux affections cardio-vasculaires, associées qu'elles sont bien souvent.

D E C E S

T O T A L : 68

33 HOMMES

35 FEMMES

A G E	H O M M E S	F E M M E S
40 - 59 ans	2	1
60 - 69 ans	11	4
70 ans et plus	20	30

D E C E S H O M M E S

Suivant la durée de séjour et l'âge

T O T A L : 33

DUREE DE SEJOUR	TOTAL	40-49 ans	50-59	60-64	65-69	70-79	80-89	90-99
	33	2	0	3	8	8	9	3
1 jour	1						1	
2 jours	2						2	
3 jours								
4-5 jours								
6-7 jours								
8-9 jours								
10-11 jours	1					1		
12-13 jours								
14-15 jours								
16-17 jours	1						1	
18-20 jours								
21-23 jours								
24-26 jours	2						2	
27-30 jours	1						1	
1-2 mois	7			1	2	2		2
2-3 mois	5	1	0	1	1	1		1
3-4 mois	4			1	1	1	1	
4-5 mois	1					1		
5-6 mois	4	1			2	1		
plus de 6 mois	4				2	1	1	

D E C E S F E M M E S

Suivant la durée de séjour et l'âge

T O T A L : 35

DUREE DE SEJOUR	TOTAL 35	50-59 ans 1	60-64 0	65-69 4	70-79 11	80-89 12	90-99 7
1 jour	1						1
2 jours							
3 jours	3				1	2	
4-5 jours							
6-7 jours	1					1	
8-9 jours							
10-11 jours							
12-13 jours	1				1		
14-15 jours							
16-17 jours	1				1		
18-20 jours							
21-23 jours							
24-26 jours							
27-30 jours	2				1	1	
1-2 mois	11			1	2	5	3
2-3 mois	3			1	2		
3-4 mois	1				1		
4-5 mois	2			1			1
5-6 mois	1						1
plus de 6 mois	8	1		1	2	3	1

Les causes cliniques des décès ne sont que très rarement vérifiés dans l'amphithéâtre de l'hôpital. L'acte d'autopsie n'est en effet pas de pratique courante. Il semble d'abord s'agir d'un phénomène général qui veut que "l'ouverture du corps" ne soit pas admise dans l'opinion, comme le souligne Mr le Professeur PEQUIGNOT dans un de ses articles écrit dans encyclopédia Universalis : "Mort et Autopsie". Il y affirme clairement que "tout décès devrait faire l'objet d'une autopsie au moins élémentaire". Elle constituait pourtant dans les siècles passés un privilège réservé aux grands personnages, qui n'a jamais été étendu à l'ensemble des malades. Il y note également que les familles sont plus disposées à accepter cet acte scientifique lorsqu'il s'agit de savoir si la mort est imputable à un tiers (accident, crime ...). Les progrès de la médecine imposeraient que l'autopsie fût nécessaire à la vérification de toutes les affirmations portées du vivant du malade, de toutes les thérapeutiques qu'il aura suivies ; "l'autopsie est un acte scientifique qui ne doit pas faire seulement partie de la recherche exceptionnelle mais de la routine quotidienne".

Mais les problèmes de l'autopsie ne sont pas seulement sentimentaux, ils sont aussi matériels et techniques. Il apparaît en effet qu'il n'est pas toujours aisé de la pratiquer dans un établissement comme celui de Villiers-le-Bel. Les locaux existent, certes, mais l'encadrement anatomo-pathologique est absent de l'hôpital. Il y a toujours des difficultés à faire parvenir les pièces d'examen dans les laboratoires parisiens ; nous avons

souvent l'impression que nous sommes un peu en marge, notre éloignement du centre l'explique sans doute. Et pourtant un examen macroscopique n'est pas suffisant à une enquête médicale sérieuse, d'autant que nos observations se font sur des corps de personnes âgées, qui avaient présenté une polypathologie. L'étude histologique des pièces nous serait indispensable.

L'autopsie n'est donc que très rarement pratiquée compte tenu du nombre des exitus. Quand elle est réalisée, elle constitue, dans la majorité des cas, une déception, car elle est insuffisante, faute de moyens.

G - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Sur 265 dossiers, nous avons trouvé 218 demandes d'examens, ce qui représente 0,8 demande par dossier. Parmi les investigations biologiques, on remarque que 355 numérations formules sanguines (vitesses de sédimentation comprises) ont été pratiquées ; 294 dosages de la glycémie, en tenant cependant compte du fait qu'un certain nombre de malades diabétiques (8) ont contribué à accentuer ce total. On trouve ensuite 197 ionogrammes sanguins ; 168 examens cyto-bactériologiques des urines (avec les antibiogrammes) ; 174 épreuves explorant la coagulation (taux de prothrombine ou temps de Howell) ; 142 urées sanguines.

Ce sont là les six examens les plus demandés. Viennent ensuite les complets hépatiques, les bilans phosphocalciques, les prélèvements de pus pour examen bactériologique, les électrophorèses des protides sanguins ...

Parmi les autres investigations, 334 radiographies pulmonaires ont été pratiquées ; 168 radiographies osseuses ; 108 électrocardiogrammes. On note aussi 29 consultations ORL à l'hôpital, 55 consultations d'ophtalmologie. On ne note que 3 consultations de stomatologie, ce qui est surprenant et qui s'explique sans doute par l'absence de trace dans les dossiers (perte des bons). Rappelons qu'existent à l'hôpital Charles Richet un service de radiodiagnostic, des consultations d'ophtalmologie, d'ORL et de stomatologie. On pourrait souhaiter la présence dans un établissement de ce genre de consultations psychiatriques et psychologiques, dermatologiques également. Un service de diététique serait également le bienvenu quand on considère l'importance du problème chez le sujet âgé.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

SUR 265 DOSSIERS, NOUS AVONS TROUVE 218 DEMANDES D'EXAMENS

NFS- VS	355	CYCLE GLYCEMIQUE DES 24 heures	3
GLYCEMIE	294	GLYCOSURIE	3
CULOT URINAIRE	168	pH URINAIRE	3
COAGULATION	174	PROTEINURIE	2
UREE SANGUINE	142	HEMATIES-LEUCOCYTES par minute	2
COMPLET HEPATIQUE	50	MYELOGRAMME	1
BILAN PHOSPHOCALCIQUE	37	URATURIE	1
PRELEVEMENT DE PUS	35	AMYLASEMIE	1
ELECTROPHORESE DES PROTIDES SANGUINS	20	ELECTROPHORESE DES PROTIDES URINAIRES	1
EXAMEN BACTERIOLOGIQUE DES CRACHATS	12	IMMUNO ELECTROPHORESE SANGUINE	1
HEMOCULTURES	10	TEST DE NELSON	1
IONOGRAMME SANGUIN	197	COPROCULTURE	3

TRANSAMINASES	10	RADIOGRAPHIE PULMONAIRE	334	Consultation de Stomatologie	3
IONOGRAMME URINAIRE	9	RADIOGRAPHIE OSSEUSE	168	LAVEMENT BARYTE	2
FER SERIQUE	8	ELECTROCARDIOGRAMME	108	CHOLECYSTOGRAPHIE	2
URICEMIE	8	Consultation d'OPHTALMOLOGIE	55	ELECTRO-ENCEPHALOGRAMME	2
GROUPE SANGUIN	6	CONSULTATION ORL	29	AUDIOGRAMME	2
AMMONIEMIE	5	RADIO ABDOMEN SS PREPARATION	17	PONCTION LOMBAIRE	1
HYPERGLYCEMIE PROVOQUEE	5	TRANSIT OESO-GASTRO-DUODENAL	15	PONCTION d'ASCITE	1
TUBAGES GASTRIQUES	4	UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE	10		
RECHERCHE DE SANG dans les selles	4	PONCTION PLEURALE	6		
PHOSPHATASES	4	TOMOGRAPHIE	3		

C O N C L U S I O N S

-:-

Notre étude a porté sur les malades entrés dans le service du Docteur MARSALEIX au cours de l'année 1970. Ce sont des malades qui, au terme d'une hospitalisation en milieu aigu, nécessitent encore des soins, et dont la moyenne d'âge à leur admission est de 69 ans.

Pour un coefficient d'occupation de 97,46 %, la moyenne de durée de séjour a été de 226,49 jours. Nous avons pu constater que l'orientation de tels malades vers un établissement comme celui de Villiers-le-Bel posait de réels problèmes. Il nous est apparu en effet que les séjours dont la durée était inférieure à quinze jours constituaient sûrement une erreur d'orientation, surtout en ce qui concernait la première semaine, où nous enregistrions 16 malades restés dans le service entre 0 et 7 jours, dont 8 sont décédés et 4 ont été transférés dans des services d'aigus. Ces sept premiers jours sont, à notre avis, un test à la fois médical et administratif. Ces malades sont des personnes âgées, trop souvent transplantées, présentant une polypathologie, source de complications parfois majeures.

En ce qui concerne les sorties, nous avons constaté qu'elles correspondent en général à un retour au domicile pour des hospitalisations inférieures à six mois, à un placement

pour des séjours plus longs.

Quant aux décès, ils se sont élevés à 68. Nous nous sommes attachés à étudier plus particulièrement ceux qui sont survenus au cours de la première semaine, en nous demandant si, pour la plupart, ils n'étaient pas prévisibles. Nous avons également soulevé le problème des autopsies dont nous avons tenté de donner les raisons pour lesquelles elles n'étaient pas pratiquées.

L'hôpital Charles Richet n'est certainement pas une maison de retraite, ni un établissement pour convalescents. Il s'agit d'un hôpital qui doit fonctionner comme tel. On peut regretter de ressentir trop souvent une impression d'isolement face aux services parisiens et nous nous attachons à préconiser une meilleure compréhension entre ces derniers, les hôpitaux pour malades dits chroniques et les maisons de retraite. Nous souhaitons une meilleure information entre tous ceux qui sont amenés à s'occuper de ces malades. Cela éviterait sans doute certaines erreurs, d'où qu'elles émanent. La tâche n'est pas facile - ne serait-ce que par un manque de personnel - mais certes pas impossible. L'enquête menée auprès de nos anciens malades devraient nous encourager dans ce sens.

Vu :

Le Président :

Signé : H. PEQUIGNOT

Vu :

Le Doyen :

Signé : J. BAUMANN

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

-:-

1 - LA PRESSE MEDICALE 15 décembre 1962 - 70 - n°54

La première année de fonctionnement d'un service de Chroniques, par MM. A. RAVINA, R. CHOVELON, A. PLACE-VERGHNES et H. FORCE.

2 - REVUE L'HOPITAL à Paris n°56 - mars-avril 1969

A propos de 100 cas d'hémiplégie - Evolution et Pronostic, par le Pr H. PEQUIGNOT, P. DELAPORTE, Françoise LEBON et collaborateurs.

3 - REVUE L'HOPITAL à Paris n°59 sept-octobre 1969

Pathologie du sujet âgé en milieu hospitalier, par le Pr H. PEQUIGNOT, Dr P. VOISIN et collaborateurs.

4 - REVUE L'HOPITAL à Paris n°64 juillet-août 1970

Hôpital René Muret à Sevran - Rapport d'activité 1967 - 1969 par C. DEGARDIN et le Pr A. JARNIOU.

5 - LA REVUE DU PRATICIEN, tome XXII, n°2, 11 janvier 1972

Le vieillard et sa pathologie.

6 - LE CONCOURS MEDICAL n°3 15 janvier 1972

Les équipements sanitaires et sociaux destinés aux personnes âgées. C. CHABRUN.

7 - LA PRESSE MEDICALE 74, n°1, 1er janvier 1966

L'Hôpital Charles Richet à Villiers-le-Bel - Réalisation pour malades chroniques.

8 - LE CONCOURS MEDICAL 6.1.1968

Soins médicaux et réhabilitation des personnes âgées par Franz U. STEINBERG.

9 - LE CONCOURS MEDICAL 7.VI-1969

Problèmes de Géronto-psychiatrie dans un service de médecine générale, par H. PEQUIGNOT, B. CHRISTOFOROV, P. Van AMERONGEN.

10 - CAHIERS DU COLLEGE DE MEDECINE, tome 10, n°7, 1969

La rééducation motrice du vieillard, par G. CUNY et M. TENETTE.

11 - REVUE FRANCAISE DE GERONTOLOGIE, tome XVII, n°1, fév. 1971

La Vie Collective : Solutions ou Palliatifs *

Claudette COLLOT.

* Texte d'un exposé à l'Ecole d'Anthropologie.

12 - SEMAINE MEDICALE 20 octobre 1970 -

Editorial : Les vieillards invalides (Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales).

13 - BULLETIN POPULATION et SOCIETES, nov. 1970, n°30

Deuxième décennie du développement 1971-1980 par P. LONGONE.

14 - POPULATION et SOCIETES janv. 1972, n°43 -

Mortalité et morbidité, par P. LONGONE.

15 - PSYCHOLOGIE MEDICALE et Sciences Humaines Appliquées à la Santé. Tome 3, n°1, 1971, S.P.E.I. éditeur s.a. Le Médecin face à la mort.

16 - REVUE CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES n°5 - 1970 - Editions-Administration SPECIA, Psychopathologie de la vieillesse.

-:-